



Dr. med. Ulrike Trinks
Arbeitsgruppe Medizinische Klassifikationen

Waisenhausgasse 36-38a
50676 Köln

Berlin den 21.08.2015

Sehr geehrte Frau Dr Trinks,
sehr geehrte Mitglieder der Arbeitsgruppe Klassifikationen,

wie ich der vorläufigen Fassung des ICD-10 GM 2016 entnehme, ist der von uns im Rahmen des Vorschlagsverfahren eingebrachte Änderungsvorschlag für den ICD-10 GM 2016 bisher nicht berücksichtigt worden. Zur besseren Charakterisierung und Operationalisierbarkeit der Diagnosefindung haben wir vorgeschlagen, die bereits bestehenden Hinweise für die Codes E43, E44.0 und E44.6 zu ergänzen.

Der bisherige Hinweis zu den entsprechenden Codes basiert alleinig auf dem aktuellem Körpergewicht, bzw. dem Body Mass Index. Ferner wird auf die Abweichung zu einer Vergleichspopulation verwiesen, ohne dass diese angegeben ist und für Deutschland definiert bzw. validiert ist. Damit ist dieses Vorgehen medizinisch falsch und faktisch nicht umsetzbar.

Wie im Vorschlagsverfahren vom Gesetzgeber und den entsprechenden Organen der Selbstverwaltung vereinbart, ist vorgesehen, dass der entsprechende medizinische Sachverstand zur Aktualisierung und Anpassung des DRG Systems u.a. aus den Fachgesellschaften einzubringen ist.

Die DGEM - als die wissenschaftliche Fachgesellschaft zum Thema klinische Ernährung - weist schon seit einigen Jahren auf die Notwendigkeit einer Korrektur zur Definition der Mangelernährung und ihrer Schweregrade hin. Nur so kann das Thema adäquat im DRG System abgebildet werden, eine medizinisch sachlich richtige Schweregradeinteilung ermöglicht und deren konkreter Effekt auf die Ressourcenallokation erfasst werden. Basierend auf der höchstmöglichen Stufe der Evidenzbildung haben wir in einer S3 Leitlinie (vom AWMF akkreditiert) eine Definition der Mangelernährung erarbeitet. Diese wurde u.a. Grundlage einer europäischen Leitlinie und deckt sich auch mit anderen internationalen

Definitionen. Umso mehr überrascht und irritiert es uns, dass diese Definition jetzt zum wiederholten Male nicht im Vorschlagsverfahren berücksichtigt wird.

Soweit in vorangegangenen durchaus konstruktiven Gesprächen mit dem DIMDI zu eruiert war, werden als Kritikpunkte an unseren Vorschlag u.a. genannt, dass in der Anwendung des Nutritional Risk Score einzelnen Befunde (insbesondere Einschätzung der Nahrungsaufnahme und Krankheitsschwere) zu viel Spielraum in der Befunderhebung erlauben. Es scheint die Befürchtung zu bestehen, dass hier ein Upcoding erfolgen kann. Beim genauen Lesen der Definitionen ist ersichtlich, dass ein wesentlicher und obligat notwendiger Bestandteil der Diagnose und der Schweregradeinteilung jeweils das Ausmaß des Gewichtsverlustes ist, damit eine metrische Messgröße (wie z.B. Hämoglobinwert oder Kaliumkonzentration), die wenig Spielraum zulässt und nachprüfbar ist. Dieses bedeutet, dass selbst bei einem (fälschlich ‚upgecodeten‘) NRS Score von 3 (z.B. bei falscher Datenerfassung zum Thema Nahrungsaufnahme und Krankheitsschwere) die Diagnose nicht zu stellen ist, wenn es keinen Gewichtsverlust gibt oder nicht ein sehr niedriger BMI vorliegt. Mit der Kombination aus NRS Score und Gewichtsdynamik/BMI wird die Spezifität und Trennschärfe erhöht.

Unser Vorschlag basierend auf klinischen Basisdaten als auch anamnestische Angaben gibt die Möglichkeit medizinisch fachlich eine möglichst sichere Diagnose und korrekte Schweregradeinteilung der Mangelernährung zu stellen, die dem bisherigen Vorgehen basierend auf dem aktuellen Gewicht weit überlegen ist. Damit schaffen wir die Möglichkeit im folgenden in dem erprobten INEK Verfahren anhand des DRG Datensatzes zu prüfen, welchen wirklichen Einfluss die so gestellte Diagnose Mangelernährung auf eine Ressourcenallokation im ambulanten und stationärem Bereich hat.

Für das von uns favorisierte gestaffelte Vorgehen (Vorscreening/Hauptassessment) unter Einbeziehung eines international akzeptierten Scores bedarf es der Erhebung von folgenden Basisdaten: Gewicht, Körpergröße, Gewichtsverlust, Essverhalten und ggf. Einschätzung der aktuellen Krankheitsschwere.

Im ersten Schritt werden die Daten zum Gewicht, Gewichtsverlauf und Essverhalten in einem Vorscreening erhoben.

Hiermit handelt es sich um Daten, die zu jeder Pflege- und Arztanamnese in Institutionen aber auch im ambulanten Bereich gehören, die regelhaft dokumentiert werden müssen (z.B. für korrekte Medikamentendosierungen) und damit keinen Mehraufwand darstellen.

Erst wenn das Vorscreening positiv ist, erfolgt eine weitere Einordnung. Für dieses weitere strukturierte Vorgehen (Assessment) bedarf es ca. 3-5 min. Weitere Bedenken, dass bei kritisch kranken Patienten aufgrund Ihrer Krankheitsschwere zu oft eine schwere Mangelernährung und damit ein ungerechtfertigter PCCL Level erreicht wird, sind u.a. von der Hand zu weisen, da die aufgeführten Codes in Kombination mit Intensivmassnahmen keine Relevanz bzgl. einer DRG Gruppierung haben.

Die auf einen Ernährungsscore basierende Erfassung und Charakterisierung des Ernährungszustandes ist auch Bestandteil des vom Deutschen Pflegerat gemäß § 113a SGB XI verabschiedeten Expertenstandard Ernährungsmanagement.

Dieses Vorgehen ermöglicht im Gegensatz zur jetzigen Definition ein gut operationalisierbares und damit auch nachvollziehbares Vorgehen zur korrekten Erfassung der Mangelernährung. Einzelne Landesverbände des MDK haben diesen Vorteil bereits erkannt und akzeptieren die Definitionen. Im Schweizer DRG System ist dieses Vorgehen (übrigens in Anlehnung an unseren ersten Vorschlag) ebenfalls erfolgreich etabliert.

Die Kombination aus anamnestischen Daten und objektivierbaren Befunden (Messgrößen) werden in verschiedenen Scores innerhalb des DRG System angewandt um OPS oder ICD-10GM Diagnosen zu triggern (z.B. Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS), SAPS, Barthels Index, Diagnosen im psychiatrischen Bereich, aber auch internistische Diagnosen wie z.B. Lupus).

Das Vorgehen bei Kinder und Heranwachsende unterscheidet sich grundlegend von dem bei Erwachsenen, da hier neben dem aktuellen Gewicht auch eine Wachstumsverzögerung Ausdruck einer Mangelernährung sein kann. Daher kann es keine für Kinder als auch für Adulte gültige Definition geben. Die Pädiatrischen Fachverbände arbeiten derzeit an einem eigenem Vorschlag. Mit Einführung einer Alterstgrenze von 18 Jahren ist diese Problematik zu lösen.

Ich möchte Sie daher im Namen der DGEM und der kooperierenden Fachgesellschaften (DGVS, DGHO, BDEM, DGCH und BDC) bitten unserem medizinisch fachlich begründeten Vorschlag zu folgen und die bisherigen Hinweise für die Kodierung der Mangelernährung anhand der Codes E43, E44.0 und E44.6 um die von uns erarbeiteten Ergänzungen zu erweitern und in die endgültige Version des ICD-10 GM 2016 zu übernehmen.

Für Rückfragen, gerne auch zu einem persönlichem Austausch stehe ich Ihnen bzw der Arbeitsgruppe zur Verfügung,

mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Johann Ockenga
für die Deutsche Gesellschaft für
Ernährungsmedizin